

Ортостатична проба. Середній показник студентів – 13 ударів, проте в кількох спостерігаються відхилення від норми (20-24 ударів).

Формула Кваса. Лише в одного студента даний показник знаходиться в межах норми. У більшості випадків спостерігається підвищення даного коефіцієнту, що може свідчити про збільшення ЧСС або зменшення пульсового тиску.

Індекс Кердо. У більшості студентів цей індекс знаходиться в межах норми (0.9-1.1), проте у двох спостерігається суттєве порушення регуляції ССС, адже показники складають 0.63 та 1.3.

Індекс Баєвського. У студентів даний показник в межах норми: від 1.783 до 2.6. Середній показник – 2.451. Проте в одного студента спостерігається зрив адаптації (5.243).

Можна зробити підсумок, що ДС студентів знаходиться в задовільному стані (не враховуючи ІГ у дівчат). У всіх студентів спостерігалось порушене функціонування ССС. Тому, студентам доцільно докласти всіх зусиль для того, щоб покращити якість свого життя зараз і відповідно в майбутньому, а саме правильне харчування, належне фізичне навантаження, відповідний режим відпочинку та праці.

БІОХІМІЧНІ МАРКЕРИ ЗАПАЛЕННЯ ПРИ ГОСТРІЙ І ХРОНІЧНІЙ РЕВМАТИЧНІЙ ХВОРОБИ

Дорошенко А.В.^{1,2}, Маркова Л. О.²

Науковий керівник : Козар В.В.

¹ Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна

² Комунальне некомерційне підприємство «Міська клінічна лікарня № 28» Харківської міської ради, Харків, Україна

Актуальність. Ревматична хвороба серця, яка є наслідком гострої ревматичної лихоманки, лишається важливою причиною серцево-судинної смерті та інвалідності в усьому світі і знаходиться на 6 місці серед усіх смертей від серцево-судинних подій. На сьогодні значення субклінічної ревматичної хвороби серця та потенційно летальних наслідків ревматичної хвороби серця (застійна серцева недостатність, ендокардит, фібриляція передсердь та інсульт) залишаються недостатньо вивченими, оскільки класифікуються окремо від ревматичної хвороби. Тому вважають, що оцінка поширеності ревматичних хвороб серця, справжня кількість людей, які живуть з ревматичними вадами серця, ймовірно, буде вищою, і в найближчі роки ці дані будуть скориговані.

В Україні, як і в усьому світі, ревматизм у вигляді гострої ревматичної лихоманки (ГРЛ) і хронічної ревматичної хвороби серця (ХРХС) продовжує займати лідируючі позиції серед актуальних проблем сучасної ревматології і медицини в цілому. Поширеність РГ в Україні становить 0,07 на 100 тис. населення, тоді як в індустріально розвинених країнах 0,005. Поширеність ХРХС в Україні серед осіб, старших 18 років, становить 568,2 на 100 тис., при цьому щороку реєструють 12 нових випадків на 100 тис. осіб працездатного віку без попередньої клініки гострої РГ. Таким чином, ревматизм у вигляді ГРЛ і ХРХС продовжує займати лідируючі позиції серед актуальних проблем сучасної ревматології, так і медицини в цілому

Мета роботи. Дослідити зміни клініко-лабораторних показників у пацієнтів із гострим і хронічним перебігом ревматичної хвороби.

Матеріали і методи. В дослідження були взяті результати обстеження 10 пацієнтів із ревматизмом, які були госпіталізовані в ревматологічне відділення Комунального

некомерційного підприємства «Міська клінічна лікарня № 28» Харківської міської ради. Вік пацієнтів становив від 35 до 45 років. Пацієнтів було розподілено на 2 групи : 1 група – 3 жінки та 2 чоловіка з діагнозом хронічна ревматична хвороба серця, за даними ЕКГ підтверджена наявність сформованої недостатності мітрального клапану, госпіталізовані із скаргами на погіршення стану з боку серцево-судинної системи. 2 група – 2 жінки та 3 чоловіки з діагнозом гостра ревматична хвороба; це пацієнти, у яких діагностовано міокардит невдовзі після перенесеної ангіни, вади серця відсутні.

Загальноклінічний аналіз крові (ЗАК) включав: загальну кількість еритроцитів, лейкоцитів, тромбоцитів, які підраховували в камері Горяєва. В мазку крові, профарбованому за Романовським-Гімза, визначали абсолютну і відносну кількості різних популяцій лейкоцитів (лейкоцитарна формула), оцінювали наявність або відсутність морфологічних змін клітин крові. Визначення ШОЕ проводили за методом Панченкова з капілярної крові. Визначення концентрації гемоглобіну у крові за допомогою набору реактивів «Філісіт-Діагностика», Україна.

Отримані результати. Результати ЗАК продемонстрували, що в першій групі пацієнтів на момент госпіталізації показники концентрації гемоглобіну, загальної кількості еритроцитів, лімфоцитів були практично на межі нижньої границі норми, що може вказувати на наявність хронічного запалення і виснаження цих двох ростків гемопоезу чи їх активного споживання в осередку хронічного запалення. У той же час, показники концентрації гемоглобіну та кількості еритроцитів, які знаходилися практично на нижній границі норми, можуть вказувати на наявність розвитку анемічного стану у пацієнтів. Граничні значення лімфоцитів також можуть свідчити про наявність стану імунодепресії та/чи сенсibiliзації/алергізації пацієнтів, на який вказує зростання, хоча і в межах норми, кількості еозинофілів. Незначне підвищення ШОЕ свідчить про наявність запалення незначної інтенсивності у 1 групі пацієнтів.

Після проведеного лікування у 1 групі пацієнтів відзначено підвищення концентрації гемоглобіну, кількості еритроцитів, лімфоцитів, зменшення ШОЕ. Слід також зауважити, що, хоча інші показники знаходилися у межах референтних значень, однак після лікування спостерігалось зниження загальної кількості лейкоцитів, сегментоядерних нейтрофілів, еозинофілів та підвищення відносної кількості паличкоядерних нейтрофілів і моноцитів. Такі результати можуть вказувати на ефективність проведеної терапії та зменшення/придушення активності запалення.

У пацієнтів 2 групи до лікування за результатами ЗАК спостерігається активний запальний процес, про що свідчить підвищення загальної кількості лейкоцитів (лейкоцитоз), сегментоядерних нейтрофілів та високі показники ШОЕ. Слід також зазначити, що, як і у 1 групі, у пацієнтів 2 також зафіксовано зниження концентрації гемоглобіну, кількості еритроцитів, а показники відносної кількості паличкоядерних лейкоцитів були збільшеними у порівнянні із 1 групою. Зниження концентрації гемоглобіну та кількості еритроцитів, як і в 1 групі, може вказувати на наявність незначного анемічного стану. Важливо відзначити і той факт, що кількість лімфоцитів була вірогідно нижчою за референтну норму та показники 1 групи, що вказує на більш виразний імунодефіцитний стан хворих 2 групи. Отримані результати у пацієнтів 2 групи можуть свідчити про тривалість та/чи виразність запального процесу на момент госпіталізації, а також активацію аутоімунного процесу, відображенням чого є рівень лімфоцитів та еозинофілів.

Після лікування у пацієнтів 2 групи спостерігали зменшення інтенсивності запального процесу, про що свідчить зниження майже в 1,7 разів загальної кількості лейкоцитів, в 2,2 рази – ШОЕ, в 1,2 рази – сегментоядерних нейтрофілів, в 2 рази – паличкоядерних нейтрофілів. Також відзначалось вірогідне підвищення концентрації гемоглобіну, кількості

еритроцитів, моноцитів та лімфоцитів. Рівень еозинофілів знизився, проте не так виразно, як у 1 групі, і може вказувати на той факт, що рівень сенсibiliзації ще залишається суттєвим. У той час, незважаючи на виразне зниження ШОЕ, даний показник ще залишався підвищеним у даній групі, оскільки знаходився майже на верхній границі норми. Отримані результати обумовлюють необхідність подальшого лікування та моніторингу, як клінічного так і лабораторного, за станом пацієнтів після виписки із стаціонару для контролю запалення та запобігання формування вад серця.

Висновки. Отже, за результатами ЗАК було підтверджено наявність запалення різної інтенсивності, анемізацію, сенсibiliзацію, імунодефіцитний стан в обох групах пацієнтів та позитивний вплив терапії на досліджені показники. Однак, граничні показники між нормою і підвищеними/зниженими показниками обґрунтовують важливість лабораторного контролю стану пацієнтів і в подальшому для запобігання/мінімізації наслідків ревматизму.

ВИЯВЛЕННЯ ТА ЛІКУВАННЯ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЇ АНЕМІЇ

Єгоркіна Д.М.

Науковий керівник: Глебова К.В.

Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна

yegorkina2000@gmail.com

Актуальність. Кров – це носій життя, циркулюючи по всьому організму, вона доставляє в усі живі клітини поживні речовини, необхідні для вироблення енергії. Кров вичищає з клітин усі відходи, особливо до таких належить вуглекислий газ, який утворюється в процесі переробки їжі в енергію. Не менш важливою є ще здатність крові знищувати або нейтралізувати бактерії та інші мікроорганізми, які потрапили в організм із зовнішнього середовища. Залізодефіцитна анемія (ЗДА) – захворювання системи крові, що характеризується зниженням кількості заліза в сироватці крові, змінами параметру метаболізму заліза, якісними та кількісними його змінами та зменшенням концентрації гемоглобіну в еритроцитах. Отже, залізо є неймовірно важливим мікроелементом, який бере активну участь в транспорті кисню, імунобіологічних, захисних реакціях організму, в окисно-відновних реакціях. Цей мікроелемент є складовою незамінною частиною гемоглобіну, міоглобіну та цитохромів, а також таких ферментів, як пероксидаза та каталаза. Залізодефіцитні стани стають справжньою соціальною та медичною проблемою, бо призводять до погіршення самопочуття людей різного віку, до зниження розумової та фізичної праці, ускладнюють перебіг вже існуючих хронічних хвороб. ЗДА відноситься до найбільш поширених хвороб, які пов'язані з дефіцитом харчування.

Мета роботи. Аналіз наукової літератури та результатів передових досліджень у галузі медицини та фармакології щодо виявлення за допомогою загального аналізу крові та ефективного лікування залізодефіцитної анемії на основі препаратів двовалентного та трьохвалентного заліза.

Матеріали та методи. Значну роль у постановці діагнозу ЗДА відіграє його лабораторне підтвердження. За умови виявлення факторів ризику дефіциту заліза та клінічних симптомів, пацієнтам необхідно провести загальний аналіз крові. У результатах загального аналізу крові для ЗДА притаманні наступні дані: зниження концентрації гемоглобіну (Hb), мікроцитоз та гіпохромія, зниження рівня гематокриту (Hct), також зменшені показники еритроцитарних індексів (МСV – середній об'єм еритроцита, МСН – середній вміст гемоглобіну в окремому еритроциті в абсолютних одиницях, МСНС –